Zur Casuistik

der

Pityriasis rubra pilaris.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Königl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Heinrich Assmann

aus Essen (Ruhr).

Verlagsdruckerei Würzburg.

1902.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent: Herr Geheimrat Dr. v. Leube.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Der Franzose Besnier war der erste, welcher in eingehender Weise die Pityriasis rubra pilaris als einen Krankheitsprozess sui generis beschrieben hat. Schon vorher war diese Krankheitsform zuerst von Rayer als »Psoriasis universalis«, dann von Devergié, Richaud und Brocq als Pityriasis rubra geschildert worden. Entgegen der Meinung voriger Autoren hat sich Kaposi auf dem 1889 abgehaltenen Internationalen dermatologischen Congresse dahin geäussert, dass er die, namentlich von den französischen Autoren als »Pityriasis rubra pilaris« bezeichnete Krankheitsform für identisch halten müsse mit »Lichen ruber acuminatus«. Wenn auch eine gewisse Ähnlichkeit einzelner Symptome mit den für Lichen ruber acuminatus charakteristischen Erscheinungen an der Haut nicht geleugnet werden kann, so dürfte Kaposi doch mit seiner Ansicht ziemlich allein dastehen. Denn Devergié, Richaud, Besnier, Neisser, Boeck, Brocq, Galewsky, Unna und Hebra bestreiten eine Identität der Pityriasis rubra pilaris und des Lichen ruber acuminatus.

Es handelt sich in der That um zwei verschiedene Krankheitsprozesse, welche nicht identificiert werden dürfen. »Beim Lichen ruber acuminatus entstehen unregelmässige, zerstreute, derbe, conische Knötchen von roter oder rotbrauner Farbe, welche sich alsbald an ihrer Spitze mit einem festen Epidermisschüppchen bedecken. Haben die Knötchen etwa Hanfkorngrösse erreicht, so tritt eine weitere Vergrösserung nicht ein; ebenso kommt keine weitere Veränderung, wie Bläschen- oder Pustelbildung zu stande, sondern die Knötchen persistieren als solche bis zu ihrer Evolution. Zwischen den zuerst entstandenen Efflorescenzen treten im weiteren Verlaufe immer neue Knötchen auf und zwar zeigen die-

selben eine besondere Vorliebe für die Anordnung in Reihen entsprechend den normalen Hautfurchen. Indem nun die Knötchen einer solchen Reihe zunächst zu einer erhabenen Leiste confluieren, weiterhin aber auch eine Anzahl solcher Leisten wieder unter sich verschmilzt, kommt es zur Bildung grösserer Infiltrate, an welchen die einzelnen Knötchen als solche nicht mehr kenntlich sind, wohl aber noch die reihenförmige Anordnung deutlich sichtbar bleibt. Dadurch kommt nach Hebras treffendem Vergleich eine gewisse Ähnlichkeit mit Chagrin-Leder zu stande. Die in dieser Weise in toto infiltrierte Hautfläche ist rotbraun mit spärlichen, festen Schüppchen bedeckt und fühlt sich wegen ihrer Härte und der den ursprünglichen Knötchen und Leisten entsprechenden Hervorragungen wie ein Reibeisen an. Wird der weitere Verlauf der Krankheit nicht gestört, so werden immer mehr, bis dahin freie Hautstellen ergriffen, während an den älteren Herden keine weitere Veränderung oder Rückbildung eintritt. Schliesslich kann die gesamte Hautdecke, ohne dass auch nur die geringste freie Stelle übrig bleibt, in den Bereich der Erkrankung gezogen werden. Die Haut ist durch die starke Infiltration starr und unnachgiebig geworden und an den Beugestellen entstehen schmerzhafte, tiefe Einrisse. An den Handflächen und Fusssohlen ist die Schuppung gewöhnlich stärker und bilden hier die Schuppen grosse zusammenhängende Lamellen. Die Nägel sind in diesen hochgradigsten Fällen stets verändert. Die Nagelplatte ist verdickt, undurchsichtig und brüchig. Die Haare fallen gewöhnlich aus.«

Ein ganz anderes Bild zeigt uns die Pityriasis rubra pilaris. Nach Besnier lassen sich 3 Gruppen von Symptomen unterscheiden. Das am meisten charakteristische Symptom der Krankheit sind kleine, stets von den Hautfollikeln ausgehende Hornbildungen, »follikuläre Keratosis«, I. Gruppe Besniers, welche zur Bildung kleiner, harter, spitzer oder flacher Erhabenheiten führen, die bei reichlichem Auftreten einen reibeisenartigen Zustand der Haut hervorrufen. Dieselben entsprechen stets den Follikeln, sind weiss oder grau, seltener rötlich oder braun. Oft

sind sie von einem Haar durchbohrt, welches ganz kurz abgebrochen ist und so einen kleinen, centralen, dunklen Punkt bildet. Manchmal confluieren die einander benachbarten Hornbildungen zu grösseren Schuppen, an denen aber mit der Loupe die Centren der einzelnen Herde deutlich sichtbar sind. Diese kleinen Hornbildungen treten meist symmetrisch auf, befallen mit besonderer Vorliebe die Streckseiten der Extremitäten, zumal die Vorderarme, die Hände und die ersten Phalangen, können aber am ganzen Körper vorkommen, mit Ausnahme des behaarten Kopfes. Auch auf den Handflächen und den Fusssohlen sollen sie nach Besnier vorkommen, wenn auch nur selten und vorübergehend. Hier entsprechen die Hornbildungen dann den Mündungen der Schweissdrüsen.

Das 2. Symptom besteht in einer Abschuppung der krankhaften Herde; sie pflegt meist kleienkörnig zu sein (Pityriasis im früheren Sinne des Wortes), teils führt sie zur Bildung grösserer Schuppen oder auf den Handflächen und Fusssohlen zu zusammenhängenden lamellösen Auflagerungen. Manchmal sind die erkrankten Hautstellen mit einem dünnen, weisslichen, gypsartigen Überzuge versehen.

Das 3. Symptom endlich ist die Hyperaemie der Haut. Diese Rötung der Haut ist anfänglich an die Umgebung der einzelnen Hornbildungen gebunden, im weiteren Verlauf überzieht sie jedoch mit der Ausbreitung des Krankheitsprozesses auch grössere Strecken und führt schliesslich zu einer Rötung und mässigen Infiltration der Haut ganzer Körperregionen und der ganzen Körperoberfläche. Die Haare bleiben in manchen Fällen intakt oder zeigen sogar ein gesteigertes Wachstum, in anderen Fällen tritt eine mehr oder weniger starke Alopecia ein. Die Nägel werden etwas afficiert und zeigen longitudinale oder transversale Furchen oder werden durch Bildung lockerer Hornmassen emporgehoben.

Das klinische Bild der Krankheit ist in den einzelnen Fällen ein sehr wechselndes, je nach dem Vorwiegen des einen oder des anderen dieser Symptome. Jedenfalls dürften aber die folliculären Hornbildungen sowie die Abschuppung als die constantesten

Symptome zu betrachten sein. Die subjektiven Symptome bestehen in Hautjucken, das in einzelnen Fällen ganz unbedeutend, in anderen Fällen ziemlich heftig sein kann. Manchmal kann sich diese Empfindlichkeit der Haut gegen Berührungen zu intensiver Schmerzhaftigkeit steigern. Das Allgemeinbefinden leidet direkt niemals; nur bei starkem Pruritus wird es durch diesen natürlich wesentlich beeinträchtigt. Die Krankheitsform kann in jedem Lebensalter auftreten, beginnt aber gewöhnlich im kindlichen oder jugendlichen Alter; sie ist häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlechte beobachtet worden. Meist beginnt die Erkrankung an einzelnen circumscripten Stellen, am häufigsten im Gesicht oder an den Händen, um sich dann später in subakuter oder auch mehr chronischer Form über grössere Strecken oder über den ganzen Körper auszubreiten. Auf diesem Höhenstadium verharrt die Krankheit stets längere Zeit, Monate und selbst Jahre. Aber von einer definitiven, spontanen Heilung kann eigentlich nicht die Rede sein. In der Regel tritt nach längerer oder kürzerer Zeit ein Recidiv auf. Die Aetiologie ist noch unaufgeklärt.

Klinisch sind die beiden Krankheitsprozesse getrennt durch die Malignität des echten Lichen ruber acuminatus gegenüber der Benignität der Pityriasis rubra pilaris; ferner durch die Möglichkeit, den Lichen ruber acuminatus mit Sicherheit durch Arsen zu heilen, während die Pityriasis absolut unbeeinflusst bleibt; schliesslich durch die histologischen Differenzen, indem der Lichen ruber acuminatus eine entzündliche Knötchenbildung mit an sich unerheblichen Verhornungsanomalien darstellt, während die Pityriasis rubra pilaris eine ohne Entzündungserscheinungen, aber mit atonischer Hyperaemie einhergehende, vermutlich angeborene follikuläre Hyperkeratosis ist.

Im Anschlusse an das bis jetzt Gesagte sollen des besseren Verständnisses wegen einige Fälle von Pityriasis ruber pilaris angeführt werden.

Der erste Fall stammt aus der hiesigen Universitätsklinik für Hautkrankheiten, und war Herr Professor Dr. Seifert so gütig, mir denselben als Anregung zur vorliegenden Arbeit zu überlassen.

Fall I.

Anamnese: Unsere Patientin, Pauline K., wurde zu Oberndorf bei Schweinfurt geboren; sie ist 23 Jahre alt und unverheiratet. Ihr Vater soll an Magen- und Nierenleiden gestorben sein. Mutter und neun Geschwister sind gesund. Zwei Geschwister starben an Kinderkrankheiten. Patientin will mit 10 Jahren Scharlach durchgemacht haben. Sonst will die Patientin niemals krank gewesen sein, bis vor einem Vierteljahr. Um diese Zeit will sie einen Ausschlag am ganzen Körper bemerkt haben. Der Juckreiz soll ziemlich stark gewesen sein. Der krankhafte Zustand begann im Gesicht, ging zunächst auf die Hände, dann auf die Arme über. Den weiteren Fortgang des Krankheitsprocesses hat die Patientin nicht beobachtet. Als letzter Abschnitt erkrankten der obere Teil der Brust und die Haut des Rückens. Zuerst sollen sich kleine rote Fleckchen gezeigt haben, die anfangs vereinzelt auftraten. Später sollen sie prominent geworden sein und nur wenig glatte Stellen übrig gelassen haben. Patientin will von Anfang an starken Juckreiz verspürt und bemerkt haben, dass die Hände und Arme leicht schuppten. Der Juckreiz soll nachts besonders heftig gewesen sein. Augenblicklich merkt die Patientin keinen Unterschied mehr. Ungefähr 4 Wochen nach dem ersten Auftreten des Krankheitsprozesses begab sich Patientin zu einem Arzt. Dieser soll ihr Theersalbe und Arseniktropfen verordnet haben. Patientin will nur im Gesicht etwas Besserung wahrgenommen haben. Bei dieser ausgedehnten Affektion der Haut war der Allgemeinzustand der Kranken dennoch ein guter; jedoch der Umstand, dass das Exanthem immer grösser wurde, sowie der starke Juckreiz veranlassten die Patientin, sich in die hiesige Hautklinik zu begeben, um endgiltige Besserung zu erfahren.

Status praesens (aufgenommen den 24. IX. 1901): Es wurde folgendes Krankheitsbild festgestellt: Im Gesichte findet sich, besonders an der Stirne und am Kinn, ein eigentümlich braunrotes Exanthem; dazwischen sind ausgesparte, glänzend weisse Stellen. Die roten Stellen sind teilweise mit spärlichen Schuppen bedeckt. Auch die Nackenhaargrenze ist mit leicht schuppenden Stellen

versehen; ebenso das äussere Ohr und der äussere Gehörgang. Am Rumpfe befindet sich ein eigentümliches Hervortreten der einzelnen Haarfollikel, so dass die Patientin den Anblick einer sehr starken cutis anserina zeigt. An denjenigen Stellen, welche der Reibung ausgesetzt sind, finden sich stärkere Schuppenauflagerungen, welche an Psoriasis erinnern, z. B. die Achselfalten und die Spitzen der Mamillen. Auf den einzelnen Haarfollikeln sind wie kleine Hauthörner anzufühlende Rauhigkeiten zu constatieren, so dass beim Darüberfühlen mit der Hand der Eindruck eines Reibeisens erzeugt wird. Eine besonders intensive Rötung findet sich an den beiden Vorderarmen bis zur Ellenbeuge. Dazwischen sind weisse, auffallend glatt anzufühlende Stellen ausgespart. Noch deutlicher ist das Hervortreten der einzelnen Follikel am Rücken und den unteren Extremitäten, wo die Schuppung und Verhornung teilweise zu grösseren Flecken confluieren, sodass auch hier ein der Psoriasis ähnlicher Eindruck gewonnen wird. An den Händen und Füssen (Sohlen) findet sich ein mässiger Grad von Pylosis, eine derbe, lederartige Felder bildende Beschaffenheit der Haut.

Diagnose: Pityriasis rubra pilaris.

Therapie: Einfetten der Haut mit Leberthran. Bäder. Thyreoidintabletten.

25. Februar 1902: Unsere Patientin wurde in letzter Zeit mit Naphthalan behandelt. Dasselbe wirkt auf die Epidermis erweichend, ohne die Haut stark zu reizen. Es wurde dann unter dieser Therapie ein bedeutender Fortschritt in der Besserung der Patientin erzielt. Die follikulären Hornkegel sind verschwunden und zeigt die Epidermis nur noch das Aussehen einer ganz feinen cutis anserina. Die Haut ist noch diffus gerötet. Atrophische Grübchen wie Boeck und Neisser sie beobachtet haben wollen, sind in unserem Falle nicht zu finden. Das Befinden der Patientin ist zufriedenstellend. Über Juckreiz klagt sie nicht mehr. Schuppenbildung ist ebenfalls sehr gering. Das charakteristische Reibegefühl ist nicht mehr vorhanden.

Da die Patientin also eine wesentliche Besserung erfahren hat, dürfte ihre Entlassung aus dem Spitale in nächster Zeit erfolgen.

Fall II.

Einen ähnlichen Fall von »Pityriasis rubra pilaris« beschreibt uns Dr. Hügel, I. Assistent an der dermatologischen Klinik der Universität Strassburg:

»Wir haben in letzter Zeit folgenden hübschen, wohl charakterisierten Fall von Pityriasis rubra pilaris Devergié an unserer Klinik beobachtet:

Mich. M., Taglöhner, unverheiratet, 72 Jahre alt, wurde zu Diefenbach in Lothringen geboren. Vater und Mutter sollen in sehr hohem Alter an Altersschwäche gestorben sein. Patient hatte zwei Geschwister, von denen ein Bruder im Jugendalter nach Afrika ging und kurze Zeit darauf an unbekannter Krankheit starb. Eine Schwester lebt noch, ist gesund und hat gesunde Kinder. Patient selbst will niemals krank gewesen sein, bis vor zwei Jahren, also bis zu seinem 70. Jahre. Damals litt er an einem Unterlippencarcinom, welches in der hiesigen chirurgischen Klinik exstirpiert worden ist. 8 Tage nach der Operation wurde er als geheilt aus der Klinik entlassen und blieb gesund bis zum nächsten Frühjahre, also bis zum Frühjahre 1899. Um diese Zeit stellte sich geringes Juckgefühl an den Extremitäten ein, und Patient merkte, wie Hände und Füsse, Vorderarm und Unterschenkel leicht schuppten. Auch wurden um diese Zeit die Bewegungen der afficierten Gelenke, besonders der Fingergelenke, unbeholfener. Patient rieb sich mit einer von seinem Arzt gegebenen Salbe ein. Diese half jedoch nicht. Der krankhafte Zustand ging zunächst auf die Oberarme und Oberschenkel über, und von da auf Hals, Rücken und Becken. Zu gleicher Zeit wurde auch das Gesicht und die behaarte Kopfhaut befallen. Als letzter Abschnitt erkrankten der obere Teil der Brusthaut und die Haut des Abdomens. Bei dieser ausgedehnten Hautaffektion war der Allgemeinzustand des Patienten immer ein vortrefflicher und nur der Umstand, dass er bemerkte, wie die unteren Augenlider rot und steif

wurden, wie er sich ausdrückte, veranlasste ihn, nach Strassburg zu kommen, um die Augenklinik aufzusuchen. Von der Augenklinik wurde er uns noch an demselben Tage überwiesen, und wir konnten folgendes Krankheitsbild feststellen:

Status (aufgenommen den 6. VII. 1899): Der ganze Körper ist mit dicken, schuppenden, glänzenden, mehr oder weniger harten Epidermismassen bedeckt, mit Ausnahme eines kleinen Bezirkes am unteren Ende der Brust und oberen Teile des Abdomens. Diese Epidermismassen sind besonders stark aufgetragen auf den Gelenken: hier befinden sich tiefe Risse und Rhagaden, die etwas schmerzhaft und teilweise mit trockenen Blutborken besetzt sind. An anderen Stellen, als an den Gelenken, sind die Schuppen weniger hart und dick; sie können da leicht mit den Fingern in grösseren und kleineren Lamellen abgetragen werden, ohne dass bei ihrer Entfernung jemals ein Bluttropfen auftrete, wie das beim Abkratzen der Psoriasisschuppen fast immer der Fall ist. Die darunter liegende Epidermis ist etwas rot, hyperämisch. An denjenigen Stellen, wo die Haarfollikel besonders gut ausgeprägt sind, sieht man nach Entfernung der Schuppenlamellen um jedes Haar eine konische, feste, harte Epidermisbildung sitzen, die über das Niveau der sie umgebenden Haut hinausragt, so dass an diesen Stellen die Haut das markierte Aussehen einer sogen. Gänsehaut hat. Solche circumpiläre Hornkegel finden sich auch zerstreut auf dem von allgemeiner Schuppung noch frei gebliebenen Teile des Abdomens. Auf dem behaarten Kopfe, der vorne noch gut, auf dem Hinterkopfe dagegen sparsam mit Haaren besetzt ist, kann man ein reichliches, kleienartiges Abschuppen bemerken. Die Epidermismassen können da leicht mit dem Nagel vom Haarboden entfernt werden; sie sind fett, klebrig und umfassen meistens Haare, die mit ihnen ausgerissen werden. Dieselbe kleienartige Abschuppung besteht im ganzen Gesichte und auch am Halse. Die Gesichtshaut ist an der Stirn, an den Wangen und am Kinne — hier wohl auch in Folge der durch die Exstirpation des Lippencarcinoms entstandenen Narbe — stark gespannt. Teilweises Ektropion beider Unterlider; jedoch kann Patient die

Augen gut schliessen. Fusssohlen und Handteller sind mit dicken, gelblichen, harten Hornmassen bedeckt. Die Nägel sind im allgemeinen gesund; blos hier und da etwas dick und rissig. Auskultation, Perkussion und Palpation ergeben überall normale Verhältnisse. Muskulatur gut; Fettpolster wenig entwickelt. Urin enthält weder Eiweiss noch Zucker.

Patient wird in unsere Klinik aufgenommen und es wurde sofort mit der Behandlung begonnen. Wir gaben ihm subcutane Arseninjektionen, bestrichen den ganzen Körper mit Borvaselin, um die schuppenden Epidermismassen gut einzuweichen, und verabreichten ihm Borbäder. Nach 10 Tagen mussten die Arseninjektionen eingestellt werden, da sich heftige Leibschmerzen und Diarrhöen eingestellt hatten, und es wurden noch die täglichen Boreinreibungen und Borbäder fortgesetzt.

Den 8. VIII. 99, also einen Monat nach seinem Eintritte in die Klinik, wurde Patient als geheilt, mit überall normal und gesund aussehender Haut, entlassen.

Es dauerte jedoch nicht lange, so stellte sich ein Recidiv ein. Bereits 6 Wochen nach seiner Entlassung fingen die Extremitäten wieder an zu schuppen und 2 Monate später war wieder der ganze Körper gerade wie das erste Mal mit dicken, schuppenden Massen bedeckt. Sogar der früher ziemlich frei gebliebene Teil des Abdomens war auch diesesmal mit hyperkeratosischen Epidermisbildungen bedeckt. Um diese Zeit hatte der Patient das Unglück, wahrscheinlich in Folge der durch die Hautaffektion behinderten Beweglichkeit in den Gelenken, eine Treppe herunterzustürzen, wobei er sich einen rechtsseitigen Schenkelhalsbruch und einen linksseitigen Querbruch der Patella zuzog. In diesem Zustande wurde er am 8. Februar 1900 wieder in die Klinik verbracht. Die Behandlung war nun eine sehr schwierige. Arsen vertrug Patient weder subcutan noch innerlich. Bäder konnte man nur mit vieler Mühe, gewöhnlich jeden anderen Tag, verabreichen. Trotzdem besserte sich seine Hautaffektion merklich. Es blieben nur noch an den besonders stark befallenen Stellen, wie an den Gelenken, Residuen von Hyperkeratose zurück. Sein

Allgemeinzustand verschlimmerte sich aber täglich zusehends; es stellte sich bald eine heftige Bronchitis ein und Patient verschied unter den Symptomen einer allgemeinen senilen Körperschwächung den 30. IX. 1900.«

Fall III (Devergié).

Maria X., 16 Jahre alt, Bedienstete zu Paris, fand sich am 1. März 1855 zur Consultation im Hospital St.-Louis ein. Patientin war plötzlich von einer Psoriasis palmaris, einer Pityriasis capitis und einer Pityriasis rubra des Rumpfes befallen.

Zu gleicher Zeit sind alle Körperpartien, welche nicht von der Pityriasis ergriffen sind, mit einer Unzahl schuppender Papeln bedeckt, welche den Haarzwiebeln entsprechen. Syphilis ist nicht vorhanden gewesen. Von keiner Seite her liegt hereditäre Belastung vor.

Vor zwei Jahren sah das Mädchen, welches sich damals mit Landarbeiten in Ecouen beschäftigte, in der Mitte des Handtellers einer jeden Hand sich eine schuppige und trockene Flechte bilden. Jucken und Secretion waren nicht vorhanden. Einige Monate darauf traf ein Ausbleiben der Menses mit dem Ausbruch der Pityriasis zusammen, die nach und nach die Kopfhaut und einen Teil des Gesichtes einnahm.

Nach einer nutzlosen Behandlung mit Tanninsalbe kam sie ins Hospital St.-Louis, aus dem sie nach einigen Monaten als geheilt entlassen werden konnte. Die Heilung dauerte jedoch nicht länger als zwei Monate, indessen befiel das Recidiv nur die Hände, der Kopf blieb frei. Eine sechs Monat lange fortgesetzte Kur mit Theerseife und Laugenbädern auf der Abteilung des Herrn Dr. Gilbert heilte ein zweites Mal die Psoriasis der Hand.

Wenige Tage nach dem Austritt aus genanntem Spitale, d. h. im Monat August letzten Jahres, sobald sie ihren Dienst wieder aufnehmen konnte, sah sie ihre Handteller wiederum von neuem aufspringen und die Kopfhaut sich mit mehlartigen Schuppen bedecken. Dieser Affektion aber schloss sich bald eine zweite an,

welche successive den Körper in toto ergriff und derjenige Zustand ist, in dem wir die Patientin jetzt sehen.

Die Kranke zeigt auf der ganzen Stirn, auf der vorderen Seite des Halses, auf den oberen Extremitäten und den Schenkeln eine Menge von kleinen, trockenen Schuppen, welche rauh anzufühlen sind, und die das Aussehen einer cutis anserina haben. Sämtliche Krusten endigen an ihrer Spitze mit Epithelschuppen, die abnorm trocken sind, sehr fest haften, und welche der Haut einen beträchtlichen Grad von Härte verleihen. Sie secernieren nicht, schuppen nicht und schmerzen nicht. Auf dem Rücken und der Brust stehen sie äusserst eng beisammen, so dass kaum etwas gesunde Haut übrig bleibt; diese Art von rauhen Schuppen wird an den Extremitäten seltener, ganz besonders aber auf dem Abdomen. Auf den Ober- und Unterarmen sind sie auffallend reichlich an der Streckseite zu finden, wohingegen sie auf der Beugeseite, dem gewöhnlichen Sitze des Lichen, immer seltener werden. Überall ist ihre Zahl mit derjenigen der Haarfollikel übereinstimmend. Auf den Handrücken stehen sie noch sehr eng zusammengerückt; sie werden immer geringer an Zahl und weniger prominent, je mehr man sich den Fingern nähert. Die Rückseite einer jeden Phalange bildet von den Efflorescenzen einen Fleck, der sehr deutlich durch die Haargruppe abgegrenzt ist, welche diese Partie einnimmt. Was die Seitenflächen eben dieser Phalangen anbetrifft, so sind sie vollständig intakt und zeigen eine weisse und gesunde Haut. Der ganze Umfang der zwei letzten und die Palmarfläche der ersten Phalange nehmen an der Läsion des Handtellers teil.

Die unteren Extremitäten tragen bedeutend weniger Papeln als die Arme. An den Oberschenkeln findet man sie noch zahlreicher auf der Vorder- und Aussenseite als innen und hinten. Auf der Patella sind sie äusserst reichlich, fast confluierend und voluminöser als an irgend einer andern Körperstelle. An den Unterschenkeln endlich liegen sie sehr zerstreut und sind von kleinem Volumen, dergestalt, dass in der Malcolengegend und an den Füssen nur noch geringe Spuren anzutreffen sind, sodass es

den Anschein hat, als sei dem Fortschreiten der Erkrankung mit dem Knie eine Grenze gesetzt worden. Daraus ergibt sich, dass, während auf den Oberschenkeln und am Rumpf die Papeln immer den Haarbälgen entsprechen, sie im Gegenteil an den Unterschenkeln nur einige wenige befallen, die übrige grössere Menge jedoch verschont lassen. Indessen aber ist bemerkenswert, dass weder die Kopfhaut noch das Gesicht (mit Ausnahme der Stirn), welche den reichlichsten Haarwuchs darbieten, keine Papeln aufzuweisen haben.

Endlich ist die ganze Haut der Handteller hart, verdickt, rot und rissig, wie es bei der von allen Autoren beschriebenen sogenannten Psoriasis palmaris der Fall ist. Die Nägel sind vollständig gesund. An den Fusssohlen beider Füsse nichts Abnormes. Die Kopfhaut ist mit mehlartigen Schuppen bedeckt, die Haut des Gesichts rot, verdickt, rissig und zeigt die der Pityriasis rubra eigentümlichen Schuppen.

Die Patientin entzog sich unglücklicher Weise der Spitalbehandlung, infolge dessen der therapeutische Teil der Krankengeschichte fehlt.

Fall IV (Taylor).

Patientin ist eine 37jährige Frau, von Geburt Schweizerin, ihres Standes nach Schneiderin, von guter Intelligenz, hereditär nicht belastet und ist selbst nie krank gewesen, ausgenommen, wenn sie an dieser Hauterkrankung litt. Sie kam Anfang Juni 1884 nach Europa und wurde gleich von einer Hautaffektion, die sich schnell verbreitete, ergriffen, die ähnlich der gegenwärtigen war, welche ein Jahr dauerte und dann unter einfachen Mitteln schwand, ohne jegliche Narbe zu hinterlassen. Zwei Jahre darauf, 1886, stellte sich eine zweite Eruption ein, die nach einigen Monaten schwand.

Im März dieses Jahres 1888 bekam sie einen neuen Anfall und suchte daher meine Klinik im New-Yorker Spital anfangs Juni auf.

Die Affektion begann als Gruppen kleiner Excoriationen am Hals, oben am Stamm und am Knie, ohne irgend welchen Juckreiz, Unbehagen oder Unruhe zu verursachen. Als Patientin von mir untersucht wurde, hatte die Krankheit das ganze Gesicht und den Hals befallen, sie hatte sich fast über den ganzen Rücken, so weit die Nates reichen, über die Schultern bis hinab zur Mitte der Aussenseite der Arme, über die Clavicular-Region und Achseln, über die ganze vordere Oberfläche des Stammes, sparsam auf den Prominenzen der Brust hinab bis zu den grossen Schamlippen, über die Schenkel bis gerade unter die grossen Trochanteren ausgebreitet.

Die Affektion bestand in Flecken an den Beugeseiten der Arme und an den Ellenbogen in Gestalt von zerstreuten und isolierten Läsionen (an den Streckseiten der Vorderarme wurden sie immer zahlreicher), an der Ulnarseite der Handgelenke bis zur Spitze der kleinen Finger. Die Knöchel- und die Streckseiten der Finger bedecken sie in Form von Flecken. Palmae und Plantae waren erkrankt. Auf der Kopfhaut eine kleienförmige Schuppung.

Diese sehr ausgebreitete Eruption war mit mässiger Schnelligkeit erfolgt. Auf Regionen waren Regionen, auf Gruppen Gruppen in anatomischer Reihenfolge gefolgt, von oben nach abwärts fortschreitend, zusammengeschlossen und Plaques bildend; in einzelnen Fällen vollkommen ohne Unterbrechung, in anderen durch gesunde Haut getrennt. Die Art der Invasion und Ausbreitung war im ganzen subacut und viel weniger schnell, wie dies beim Eczem der Fall ist. War eine gewisse Hautpartie befallen, so folgten dann einige Tage oder Wochen des Stillstandes, dann erschienen neue Ausbrüche in verschiedener Weise auf diese und auf gesunde Teile der Nachbarschaft. Die Läsionen nahmen an Zahl zu, vereinigten sich und bildeten Plaques. Dann konnte die Affection stehen bleiben oder in derselben Weise fortschreiten, langsam aber beharrlich. Unter allen Umständen behielt sie ihre Trockenheit, ihren gering schuppenden Charakter bei und war nie compliciert mit Bläschen oder Pusteln. Als die Erkrankung sich über den Körper verbreitete, war die Ernährung der Haare ver-

mindert, sie wurden dünn, kurz und lanugoähnlich. Das Kopfhaar war kurz, wenn die Kopfhaut befallen war; aus den Achselhöhlen fiel viel Haar aus. Während anfangs keine Abnormität in der Sensibilität verspürt wurde, wurde späterhin, als die Papeln verschmolzen und grosse Plaques bildeten, besonders am Hals und im Gesicht über einen sehr schwachen Pruritus, der zu Zeiten, wenn die Circulation beschleunigt war, sich verschlimmerte, geklagt. Kratzspuren und Excoriationen waren nicht vorhanden. Geistig und körperlich fühlt Patientin sich wohl. Das einzig Wahrnehmbare von der Wirkung der Krankheit auf die Gesamternährung war ein schwacher, mässiger Verlust an subcutanem Fett.

Bis zum gegenwärtigen Datum, den 20. Dezember, hat die Krankheit zehn Monate gedauert und hat das Gesicht, Hals, Stamm und Teile der Arme und Schenkel befallen. Über zwei Monate war sie auf Gesicht, Hals und auf die Suprascapularregion beschränkt. Während der übrigen acht Monate hat sie sich auf die Fingerspitzen, jedoch in keiner continuierlichen Weise, ausgebreitet, doch fast ununterbrochen auf das Gesäss, die Geschlechtsteile, die Zehen und die Beine.

Fall V (Galeswky).

Patient Anton R. stellte sich zum ersten Male bei uns am 20. III. 1891 vor. Er gab an, stets gesund gewesen zu sein, ebenso sei ihm von Hauterkrankungen in seiner Familie nichts bekannt. Die jetzige Affektion hätte er vor 14 Jahren, also in seinem sechsten Lebensjahr, ganz plötzlich über Nacht bekommen; am Morgen habe er bereits die Erkrankung an den Händen, Füssen und am Körper bemerkt. Er sei Jahre lang mit Salben, Bädern u. s. w. und mit Arsen continuierlich und in allen Formen behandelt worden, ohne je geheilt worden zu sein; zeitweilige Besserung sei auch spontan eingetreten. Unter besonderen Beschwerden hat Patient nie zu leiden gehabt. Der Juckreiz war minimal, das Spannungsgefühl mässig, am unangenehmsten empfand er die Unempfindlichkeit der Hände.

Als Patient uns aufsuchte, war fast die ganze Hautoberfläche erkrankt; verhältnismässig frei waren die Beugeseiten der Extremitäten, die Hand- und Fussrücken, die Dorsalflächen der zweiten Phalangen (mit Ausnahme des Daumens), sowie die der Zehen. Die Follikel fast des ganzen Körpers waren gerötet und durch fest verhornte Kegel auseinander getrieben, welche an ihrer Oberfläche kleine, kleienförmige Schüppchen trugen; die Hornkegel selbst waren konisch, von weissgrauer Farbe an den Phalangen, bis zu rotbräunlicher an den Extremitäten, mit oder ohne Haar resp. Haarstumpf versehen, trocken, hart; die Haut bot beim Hinüberstreichen das Gefühl eines scharfen Reibeisens. Die Hornkegel sassen an einzelnen Stellen, z. B. an den Phalangen, sehr fest, an anderen liessen sie sich leicht herauskratzen, um eine leicht feuchte, graurötliche Grube zu hinterlassen, welche weder nässte noch blutete. An den ersten Phalangen der Finger fanden sich inselförmige Conglomerate von einzelnen Kegeln, den Follikeln entsprechend. Die Haut zwischen den Follikeln fühlte sich weich und leicht infiltriert an, war von grauweisser Farbe und überall mit feuchten Schuppen bedeckt. Eine eigentliche derbe Infiltration war nirgends zu fühlen. Am stärksten war die weisse, kleienförmige Schuppung auf dem behaarten Kopfe, den Ohrmuscheln, in der Gegend der Augenbrauen, die wie mit Mehl bestäubt aussahen. Das Gesicht selbst zeigte sonst nur ganz leichte kleienförmige Abschuppungen, an beiden Nasenflügeln hafteten weisse, derbe, feste Schuppenmassen. Beide Volae und Plantae waren mit festen, derben, gleichmässig gelben Hornmassen, welche durch Risse und Rhagaden unterbrochen waren, belegt; von den Volae und Plantae erstreckte sich diese gleichmässige Verhornung an den Rändern der Finger, Zehen, Hände, hinauf bis zum Dorsum, wo sie mit ziemlich scharfer Begrenzung aufhörte. An den Endphalangen, an sämtlichen anderen Phalangen in der Höhe der Articulation gingen die Hornmassen von beiden Seiten in einander über. Die Nägel waren brüchig, abgehoben, verdickt, mit Längsstreifen versehen. Inguinal- und Cervicaldrüsen leicht geschwellt. Sonst Wohlbefinden. Kein Juckreiz, leichtes Spannungsgefühl der

Haut, an den inneren Organen nichts Pathologisches nachzuweisen.

Die Behandlung bestand zuerst in innerlichen Arsengaben in steigender Dosis, während Patient lokal mit Salben, Pflastern, spirituösen Einreibungen u. s. w. behandelt wurde. Während dieser Zeit blieb der Zustand des Patienten fast unverändert; unter den Pflastern trat wohl eine leichte Macerierung, aber keine Heilung, kein Schwinden der Hornkegel ein. Eine sichtbare Besserung erfolgte erst Mitte März nach einer 8tägigen 10% Chrysarobinsalbenkur. Die Haut schälte sich vollständig, wurde mit nachfolgender Blei-Vaseline-Behandlung glatt und geschmeidig. Die alten Hornkegel waren verschwunden, neue nicht aufgetreten. Nur an den Dorsalflächen der Phalangen und in der Augenbrauengegend war die Erkrankung noch wenig gebessert.

Patient erhielt während dieser Zeit immer weiter Arsenikpillen, lokal seit Ende März ausserdem protrahierte tägliche Bäder und Einfettungen mit Bleivaseline etc. Während dieser Zeit begann die Haut sich im allgemeinen stärker zu röten, sie zeigte sich stark infiltriert und entsprach vollständig dem zweiten entzündlichen Stadium Besnier's.

Die Knötchen schienen ebenfalls stärker hervorzutreten, waren viel röter und glänzender als bei der Aufnahme des Patienten, so dass jeder, welcher den Patienten zum ersten Male sah, an einen beginnenden »Lichen ruber acuminatus« denken musste. Es wurden infolge dessen täglich von Mitte Mai an Arsenikinjectionen von 1—1,5 cg steigend und tägliche protrahierte warme Bäder bis zu 6 Stunden Dauer mit nachheriger Einfettung (Salicylvaseline) verordnet. Dank dieser Therapie wurde die Haut wieder glatt und blass, die secundäre Dermatitis schwand; an vielen Stellen, besonders am Vorderarm und Oberschenkel, zeigten sich die ersten Zeichen einer definitiven Abheilung, nämlich stecknadelkopfgrosse, rundliche, narbige, atrophische, glänzende Grübchen, an welchen eine Verödung des Follikels zu bemerken war; an beiden Knien waren die Follikel vertieft und mit einem weissen, narbigen, atrophischen Ringe umgeben. Dagegen fiel an anderen

Knötchen, ebenfalls am Vorderarm und Oberschenkel, wieder eine stärkere Prominenz und Verhornung auf, als ob sie in frischer Eruption begriffen wären. Patient wurde infolgedessen am 1. Juni einer nochmaligen Chrysarobinkur unterzogen und bis zu seiner Entlassung mit täglichen protrahierten Bädern und Salicylsäure-vaseline-Einreibungen behandelt.

Fall VI (M. Castel).

On observe sur tout le corps des aspérités ayant la forme de cônez assez saillants et donnant aux parties atteintes l'aspect de »chair de poule«. Au sommet de la plupart de ces petits cônes, on peut voir un poil qui s'y implante. La couleur, assez peu accentuée, tire sur le rouge jamâtre. La ligue cubitale est très atteinte, surtout du côté gauche et à cet endroit, les saillies réuniés forment un placard liché noide très marqué et très nettement dé linité. Sur la face dorsale des poignets et surtout du côté gauche, on voit des aspérités plus grosses, du volume d'une l'entille, ombiliquées et présentant à leur centre un point noir. Sur la face dorsale des phalanges et des articulations métacarpo-phalangiennes, et sur la partie cubitale de la face dorsale de la main il y a des placards à coloration plus founée et recouverts de sqames blanchâtres, platreuses, très adhérentes.

La paume des mains présente un aspect corné très pronancé. Les plis normaux sont exagérés et plus profonds q'àl l'état ordinaire et on voit se détacher des plaques cornées, gris jaunâtres. Les plantes des pieds présentent les mêmes altérations que la paume des mains. Les ongles présentent les lésions caractéristiques du Pityriasis rubra pilaris.

Fall VII (A. Bennati).

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans, chloroanémique atteinte, huit jours après une fièvre rhumatismale d'une éruption prurigineuse généralisée offrant les carae fères du Pityriasis rubra pilaire. Il pense, qu'il s'agit d'une kérafodermite auto-toxique liée à la chloro-anémie.

Fall VIII (M. Havas).

Pour lui, la question de l'identité du lichen ruber acuminé et du pityriasis rubra pilaris est jugée depuis qu'il a présenté en 1892 aux dermatologistes venant du Congrès de Vienne un cas de lichen acuminé, qui fut diagnostiqué par les Français un cas de pityriasis rub. pil.

Fall IX (Török).

Bianca G., 9 Jahre alt, erkrankte vor circa 5—6 Monaten. Das Leiden begann an den Füssen. In der Familie kam eine ähnliche Erkrankung nicht vor. Abgesehen von einigen vergrösserten Halsdrüsen sieht das Mädchen gesund aus. Die Hautläsionen sind auf der Beugeseite der Ober- und Unterarme, auf der Streckseite der Oberschenkel, auf beiden Seiten der Unterschenkel, am Bauche, in der Nabelgegend und in geringerer Zahl am Rückgrat und auf der Brusthaut placiert. Die Läsionen treten gruppenweise auf und entsprechen ausschliesslich den Follikeln. Das Leiden beginnt auf die Art, dass auf circa nagelgrossen Hautflächen die Follikelöffnungen mit einem weisslichen, derben und schwer abtrennbaren Hornconus verschlossen sind, nach dessen gewaltsamer Entfernung hie und da Blut austritt. Solche Gruppen sieht man auf der Brust, am Bauche, in der Inguinalfalte und am Nacken. Auf den oberen Extremitäten ist die Haut zwischen den einzelnen Hornpfropfen blass, hyperaemisch und ein wenig ödematös. Einige jüngere Gruppen, besonders in der Achselgegend, bestehen aus nadeldünnen Coni ohne Hyperaemie. An den Oberschenkeln treten die Pfröpfe stärker hervor; um dieselben ist die Hyperaemie ausgesprochener. Auf der Streckseite des rechten Oberschenkels sieht man die follikulären Veränderungen auf einer thalergrossen Fläche. Auf den Unterschenkeln erstreckt sich die Veränderung der Epidermis auch auf die interfollikulären Hautflächen; die Hornpfröpfe kann man hier zwar noch gut unterscheiden, zwischen denselben befinden sich jedoch schuppende Hautflächen. Mässiges Jucken. Auf den Handflächen, Fusssohlen, im Gesichte, auf der behaarten Kopfhaut keine Veränderungen.

Fall X (Palm).

27jähr. Pat. mit Pityriasis rubra pilaris. Das erste Stadium der isolierten Hornkegel ist an den Fingerrücken weniger ausgesprochen, dagegen an den unteren Extremitäten deutlich erkennbar. Das zweite Stadium der perifolliculären Entzündungen und Schwellungen ist besonders am Oberschenkel sichtbar; am meisten aber bestehen die weiteren Entwicklungsstadien, die Confluenz der Efflorescenzen und die nachfolgende Schuppung, so am Gesäss und Rücken, wo die entzündliche Rötung deutlich hindurchschimmert. Achselhöhlen, Hals, Kopf und andere Stellen täuschen das Bild des Ekzema squamosum vor. Handflächen und Fusssohlen sind mit Hautlamellen bedeckt. An den Zehen besonders bestehen Hornansammlungen unter den Nägeln. Die mikroskopische Untersuchung, die von Pincus vorgenommen wurde, zeigt mehr oder weniger tief ausgebildete Hornkegel, die Schweissdrüsenausführungsgänge im oberen Teile erweitert, das Rete unregelmässig, die subpapillären Gefässe von geringfügigen Zellenansammlungen umgeben. Die elastischen Fasern sind unverändert.

Fall XI (Neisser).

Eine über den ganzen Körper diffus verbreitete Pityriasis rubra pilaris bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben. Die Krankheit besteht schon seit mehreren Jahren und hat anscheinend die körperliche Entwicklung des kleinen Patienten ungünstig beeinflusst; er ist trotz sorgsamster Pflege auffallend klein und zart. Der vorliegende Fall ist zwar sehr ausgeprägt, bietet aber nichts besonders auffallendes: zeigt diffuse, etwas dunkle Rötung mit reichlichster, kleienartiger Schuppenbildung namentlich auf dem Kopf, Spannungs- und Verkürzungserscheinungen im Gesicht, an der Streckseite der Phalangen die typischen folliculären Erhebungen. Der Patient ist monatelang mit Arsen in sehr energischer Weise behandelt worden, ohne dass auch nur der geringste nützliche Einfluss constatiert werden konnte. Im Laufe der letzten Monate haben Soolbäder nebst regelmässigen Einfettungen und Einwicklungen mit Salicylseifen-Pflaster einen entschieden günstigen

Einfluss gehabt. Der Vortragende steht, wie er schon an anderen Orten auseinandergesetzt hat, auf dem Standpunkte, dass zu Unrecht der alte, von Hebra-Kaposi beschriebene Lichen ruber acuminatus und die Devergié'sche Pityriasis rubra pilaris identificiert werden. Nach seinen Erfahrungen existieren beide Erkrankungen und lassen sich in typischer Weise unterscheiden.

Fall XII (Alex. Morton).

Der von Morton ausführlich beschriebene Fall der Devergié'schen Krankheit machte zunächst den Eindruck eines Lichen ruber acuminatus, namentlich weil der Beginn ein fieberhafter war. Der weitere Verlauf bestätigte jedoch die Diagnose, da auch andere Autoren, wie Bronson und Galewski, ähnliche Allgemeinstörungen beobachtet haben. Die histologische Untersuchung ergab wesentlich eine Hyperkeratosis der Haarfollikel, während die Veränderungen im Corium rein secundär waren; hierdurch unterscheidet sich die Affektion von Hebras Lichen ruber acuminatus, bei welchem die Entzündung vorwiegend die Papillarschicht der Cutis befällt. Dem Arsen schreibt der Verfasser keine günstige Bedingung zu, legt dagegen besonderes Gewicht auf die externe Behandlung.

Fall XIII.

Moskau. Dermatol. Gesellsch. 3. XII. 99.

S. Kracht demonstrierte einen Mann mit Pityriasis rubra pilaris (Devergié), wofür das charakteristische Aussehen der Bläschen und Knötchen, sowie die Gesichtseborrhoe und die Pigmentationen der früher befallenen Hautstellen sprechen. Kracht hält die Pityriasis rubra pilaris Devergié für identisch mit Lichen ruber acuminatus; er erinnert an den von Pospelow auf dem letzten medicinischen Congresse in Moskau vorgestellten Fall, den Kaposi für einen typischen Lichen ruber acuminatus, Gaucher für eine gleich typische Pityriasis rubra pilaris erklärte.

Fall XIV.

Rona glaubt auf Grund eines von ihm beobachteten Falles, in welchem die Erscheinungen der Keratosis pilaris rubra und der Pityriasis rubra pilaris bei einem Individuum gleichzeitig zu Tage getreten sind, trotzdem an einer Trennung dieser beiden Leiden festzuhalten.

Fall XV.

Berliner dermatol. Gesellschaft 6. März 1900.

In der Dezembersitzung obiger Gesellschaft bemerkte Herr Ledermann in der Discussion eines Vortrages des Herrn Palm, dass der therapeutische Erfolg der Arsenmedikation differentiell diagnostisch Pityriasis rubra pilaris von Lichen ruber acuminatus unterscheidet. Heller will einen Fall beobachtet haben, in welchem typische Pityriasis rubra pilaris, welche jeder localen Behandlung getrotzt hatte, bei interner Arsendarreichung geheilt ist.

Fall XVI.

Par du Castel. 4. Mai 1899.

W. D., 5 ans a été prise subitement, il y a environ deux mois d'une desquamation complète de la paume des anains et de la plante des pieds. Actuellement ces regions sont d'un rouge vif, sèches, recouvertes d'un épiderme mince. L'état de la santé générale est excellent. Le diagnostic ne me paraît pas douteux: nous sommes en présence d'un Pityr. rubra pilaris nettement caracterise par l'état granité du dos des doigts. Il est interessant de voir l'importance que la lésion pent prendre dans le tableau pathologique, dans lequel elle peut être le symptom prédominant et premier.

Endlich mögen noch die Ansichten verschiedener Autoren folgen:

Josepols kommt zu dem Resultat, dass Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris das gleiche Krankheitsbild repräsentieren, dass nur ein gradueller Unterschied zwischen ihnen bestehe.

Jordan schildert einen Fall von Pityriasis rubra pilaris, der klinisch und histologisch zu dem typischen von Devergié-Besnier beschriebenen Krankheitsbilde passt.

Mourek tritt nach sehr genauer Analyse eines Falles und nach eingehender mikroskopischer Untersuchung für die Beibehaltung des Krankheitsbildes der Pityriasis rubra pilaris und für die Trennung derselben von dem Lichen ruber acuminatus ein.

Boeck: Pityriasis rubra pilaris und Lichen ruber acuminatus haben nichts mit einander gemein.

Was die pathologische Anatomie der Pityriasis rubra pilaris betrifft, so haben wir nach Unna folgende Elementarformen zu unterscheiden:

I. Einfache Elementarformen:
   a) Folliculäre Papeln.
   b) Porale „
   c) Sinuöse „
II. Synantheme:
   a) Erythrodermie.
   b) Psoriatiforme Scheibe.
   c) Stalaktitenförmige „

Charakteristisch für die Pityriasis rubra pilaris sind die folliculären und die sinuösen Papeln; weniger Wert für die Diagnose besitzen die poralen und die Synantheme.

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchungen, welche Galewski gemacht hat, war folgendes: »In allen Präparaten bestand leichte Hypertrophie des Rete, die Zapfen erschienen etwas stärker gewulstet und ausgezogen, ohne jedoch die Länge und Hypertrophie wie beim Lichen planus zu erreichen. Die Schleimhaut war leicht verdickt, während das Stratum granulosum bald atrophisch, bald hypertrophisch erschien, eine Erscheinung, für welche sich eine Erklärung nicht finden liess. Überall starke Anhäufung gleichmässig geordneter Hornlamellen, in welchen sich des öfteren zerstreute oder in Gruppen befindliche tingible Kornreste vorfanden. Die Hornkegel erhoben sich fast nur über den

Talgdrüsen, respektive Haarfollikeln, in ganz seltenen Fällen über den Schweissdrüsen; in letzterem Falle liessen sich Veränderungen an den Drüsen selbst nicht nachweisen; der Schweissdrüsengang war als spiralige Andeutung noch in dem Hornkegel zu erkennen; eine steinförmige Erweiterung mit Detritusmassen unter dem Kegel, wie Jaquet-Besnier sie angeben, konnte ich nie constatieren.

In 2 Präparaten fanden sich Doppel- oder Zwillingsconi im Sinne Boecks vor, von denen einer in der Regel als kleines Appendix des grösseren gelten konnte; ein auffallend häufiges Vorhandensein dieser Zwillingsconi konnte ich nicht bestätigen. Die Haarfollikel in ihrem untersten Teile normal, waren nach oben hin trichterförmig erweitert und mit concentrisch angeordneten Lamellen ausgefüllt. Die Wände des Infundibulums zeigten dieselben geringen Veränderungen wie das Rete im allgemeinen. Das Stratum granulosum war bald verbreitert, bald kaum erkennbar, die Schleimschicht leicht verdickt. An den Haaren konnte ich Veränderungen nicht erkennen. Sie sind zum Teil abgebrochen oder mit dem Hornkegel ausgefallen; im letzteren Falle ist das Infundibulum mit alten und frischen concentrisch geschichteten Hornlamellen ausgefüllt. Im Corium zeigt sich eine kaum mehr als normale Vermehrung der fixen Bindegewebszellen, ab und zu finden sich entlang den Gefässen und in kleineren Herden vereinzelte Andeutungen von kleinzelligen Infiltrationen. Eine Hyperpigmentation lässt sich nicht nachweisen; ebensowenig eine Veränderung des fibrillären und elastischen Gewebes. Die tiefen Schichten des Corium zeigen nichts Pathologisches.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt also, entsprechend dem Befunde Jaquets-Besniers-Taylors, fast nur eine ausserordentlich gesteigerte Keratose, deren Hauptsitz in den Seiten des Infundibulums der Follikel und der zu ihnen gehörenden Talgdrüsen liegt. Einen Zusammenhang der Verhornung mit den Haaren resp. mit den Haarwurzeln im Sinne C. Boecks konnte ich nirgends constatieren. Die Affektion zeigt sich also im Gegensatze zum Lichen ruber planus und acuminatus als eine ausschliesslich aus dem Rete hervorgehende, bei welcher umgekehrt

wie beim Lichen ruber planus die Cutis erst secundär und dann gewöhnlich nur gering erkrankt. Auch nach Jarisch sollen bei Pityriasis rubra pilaris die primären Knötchen hauptsächlich einer Hornzapfenbildung in den Follikelmündungen ihre Entstehung verdanken und ihren Ausgang in primären Epidermisveränderungen finden, während beim Lichen ruber die Knötchenbildung durch entzündliche Infiltration der oberflächlichsten Coriumschichten entstanden sein soll und demnach vom Corium ihren Ausgang nehmen würde. Daher bei Pityriasis rubra pilaris Knötchen von normaler Hautfarbe, oder weiss, grauweiss, bei Lichen ruber dagegen rot, braunrot und mit Schüppchen bedeckt.«

Wie man sieht, stehen die Meinungen der einzelnen Autoren sich noch ziemlich schroff gegenüber, sodass ein Ausgleich der feindlich gegenüberstehenden Ansichten noch nicht erzielt wurde. Stützt man sich jedoch bei den Mischarten auf die pathologische Anatomie, so muss eine Identität der Pityriasis rubra pilaris mit dem Lichen ruber acuminatus ausgeschlossen werden. Ausserdem sind beide Krankheitsprozesse ex juvantibus zu trennen.

Die Frage, ob die Pityriasis rubra pilaris eine parasitäre Krankheit sei, ist noch unentschieden. Nach dieser Richtung hin angestellte Untersuchungen ergaben, dass Mikroorganismen in den folliculären Hornbildungen nicht nachweisbar waren.

Die Behandlung der in ihrer Aetiologie noch gänzlich unklaren chronischen Dermatose ist eine rein symptomatische. Ausser von warmen, protrahierten Bädern käme die Application von reducierenden Mitteln in Betracht.

Zum Schlusse mögen noch andere Affektionen, welche differentialdiagnostisch in Frage kämen, wie die Psoriasis, die Ichthyosis follicularis, die Pityriasis rubra Hebrae und das Ekzema folliculare Erwähnung finden.

Bei der Psoriasis erscheinen die Efflorescenzen niemals einzeln, sondern sie treten gewöhnlich gleichzeitig in grosser Zahl auf und während sie sich weiter entwickeln, kommen fortwährend neue Nachschübe, so lange die Krankheit sich noch in einem

fortschreitenden Stadium befindet. Charakteristisch ist der Perlmutterglanz der Efflorescenzen, die hellrote Farbe des Grundes. Entfernt man die Schuppen, welche fest auf ihrer Unterlage haften, so kommt es zu kleinen, capillären Blutungen. Am häufigsten werden die Haut der Streckseiten des Ellenbogens und Kniegelenks, der behaarte Kopf und die unmittelbar angrenzenden Teile der Stirnhaut uud die Ohren ergriffen. Handteller und Fusssohlen pflegen frei zu bleiben; ebenso die Schleimhäute.

Die Ichthyosis beginnt stets in frühester Kindheit und zeichnet sich aus durch Hornsäulen von viel festerer Consistenz. Je nachdem die Hautoberfläche in grösserer oder geringerer Ausdehnung befallen oder nur die Follikel der Haut afficiert sind, müssen wir zwei verschiedene Krankheitsbilder unterscheiden. Am häufigsten tritt die Krankheit als Ichthyosis diffusa auf, während die Ichthyosis follicularis viel seltener ist. Bei letzterer Krankheitsform ragen aus allen Follikeln kleine, harte Hornkegel hervor; die Haut ist rauh, trocken und nicht transpirierend; beim Darüberstreichen mit der Hand entsteht ein rauhes Geräusch; kratzt man mit dem Fingernagel, so blättert sich ein weisser Epidermisstaub ab. Eine auffällige Desquamation, wie sie bei Psoriasis vorhanden ist, bemerkt man bei der Ichthyosis nicht, während sie bei Pityriasis rubra pilaris beträchtlich sein kann. Fusssohle und Flachhand pflegen gewöhnlich nicht ergriffen zu sein, wogegen die Pityriasis rubra pilaris beide Teile nicht verschont. Auch die bei Pityriasis rubra pilaris gute Prognose ist bei Ichthyosis allgemein nicht günstig.

Die Pityriasis rubra kommt ausserordentlich selten vor, verläuft chronisch und zeichnet sich aus durch Rötung und Schuppung der Haut. Sonstige Efflorescenzen, wie Knötchen, Bläschen oder Pusteln kommen bei diesem Krankheitsprozesse nicht vor. Die Haut ist lebhaft rot bis blaurot und namentlich die unteren Extremitäten zeigen eine livide Farbe. Die Epidermis löst sich in feinen, kleinen Schüppchen los ohne dass es zur gänzlichen Abhebung der Epidermis oder zum Nässen kommt. Die Temperatur der Haut ist erhöht. Auf Fingerdruck verschwindet die Röte und macht einer gelblichen Tingierung Platz. Die Kranken

klagen über ganz geringes Jucken und andauerndes Frostgefühl. Die Aetiologie der Krankheit ist vollständig unklar. Die bis jetzt beobachteten Fälle (etwa 15) betrafen alle männliche Individuen, darunter ein Fall in den zwanziger Jahren, während die übrigen sich in einem Alter von 40—50 Jahren befanden. Hans Hebra hat an zwei zur Obduktion gelangten Fällen die anatomischen Veränderungen bei Pityriasis rubra studiert. Bei dem einen hatte die Krankheit mehr recenten Charakter und zeigte die Haut mikroskopisch die Erscheinungen einer mässigen, entzündlichen Infiltration, gleichwie in den späteren Untersuchungen von Elsenberg (1876), Petrini (1889) und Jadassohn (1892). In dem anderen, sehr vorgeschrittenen Falle aber fand sich höchstgradige Atrophie der Haut, welche in Schwund des Rete und der Papillen, Sklerosierung des Bindegewebes und Überwiegen der elastischen Fasern, reicher Pigmenteinlagerung im Corium, sowie Verödung der Schweiss- und Talgdrüsen und Haarfollikel sich zu erkennen gaben. In beiden Fällen fand sich überdies Tuberculose der Lungen, des Darms und bei dem vorgeschrittenen auch ein Tuberkelknoten im Kleinhirn. Was die Prognose bei Pityriasis rubra betrifft, so kann sie nur ungünstig lauten.

Endlich könnte die Pityriasis rubra pilaris mit einem Ekzema folliculare verwechselt werden. Bei dieser Ekzemform kommt es zu fettigschuppenden, blassroten, den Talgfollikeln entsprechenden Knötchen. Kaposi glaubt, dass es sich bei diesem Krankheitsprozesse um eine Coincidenz von Ekzem und Seborrhoe handle. Die Farbe der Schuppenmassen nimmt einen gelblichen bis braunen oder braunschwarzen Ton an, und die Praedilektionsstellen sind die Höhe der Scheitelwandbeine und die Hinterhauptgegend. Dann verlässt das Ekzem den Kopf und schreitet mittelst eines scharf markierten, geröteten, mit gelblichen, fetten Schuppen belegten Randes auf Stirn, Schläfe und Ohren fort. Gleichzeitig ist die Affektion von vermehrtem Haarausfall begleitet. Was die Aetiologie betrifft, so handelt es sich nach Unna um eine infektiöse Entzündung, welche durch die von ihm bei allen Ekzemen getroffenen maulbeerartig angehäuften Cokken, die sogenannten

Morocokken (und vielleicht auch die besonders an der Kopfhaut angetroffenen »Flaschenbacillen«) hervorgerufen wird. Die Therapie würde in einer Application von Oleum codinum und gelber Praecipitatsalbe bestehen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer Herrn Prof. Seifert für die gütige Überlassung der Arbeit, sowie Herrn Geheimrat Prof. v. Leube als Referenten meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Annales de Dermatologie.
2. Dermatologische Zeitschrift.
3. Dermatologisches Centralblatt.
4. Neisser, Archiv für Dermatologie Bd. 53.
5. Palm, „ „ „ „ 51.
6. Morton, „ „ „ „ 50.
7. Török, „ „ „ „ 42.
8. Handbuch der Hautkrankheiten (Ziemssen).
9. Kaposi, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
10. Kaposi, Maladies de la peau, traduction par Besnier et Dyon.
11. Orth, Pathologische Anatomie.
12. Münchener medicinische Wochenschrift 1900.
13. Jarrisch, Hautkrankheiten.
14. Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
15. Eulenburg, Realencyclopädie.
16. Virchow, Handbuch der Pathologie und Therapie.
17. Schmidt's Jahrbücher.
18. Virchow-Hirsch, Jahresberichte.
19. Kracht, Venerologische Gesellschaft Moskau, 3. Dez. 1899.
20. Heller, Berliner dermatologische Gesellschaft, 6. März 1900.

Lebenslauf.

Ich, Heinrich Assmann, wurde zu Essen (Ruhr) am 21. Mai 1874 geboren. Nach Absolvierung des Gymnasiums bezog ich im Sommersemester 1895 die hiesige Universität, unterzog mich 1897 der ärztlichen Vorprüfung und genügte im gleichen Jahre meiner Militärpflicht (1. Oktober 1897 bis 1. April 1898). Im Sommersemester 1898 war ich in München immatriculiert und kam im Wintersemester 1898 wieder nach Würzburg. Im Wintersemester 1900/01 kam ich ins Staatsexamen, das am 13. November 1901 vollendet war. Meine Dissertation habe ich unter Anleitung des Herrn Professors Dr. Seifert angefertigt.